

令和2年度香川県喀痰吸引等研修事業開催要領

1 目的

平成24年度から施行されている介護職員等によるたんの吸引等について、特別養護老人ホーム等の施設及び居宅において、必要なケアをより安全に提供するために、適切にたんの吸引等を行うことができる介護職員等を養成することを目的とします。

2 実施主体 公益社団法人 香川県看護協会（香川県の研修委託先）

3 受講対象者

特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、有料老人ホーム、グループホーム、障害者（児）施設等、訪問介護事業者等（本事業は医療施設を除く）に就業している介護職員等で、下記の4つの要件が確保されていること。

なお、介護職の医療的ケアを実施していない施設からの応募については、受講対象外となる。

- 1) 所属の施設、事業所の長から受講者として推薦された者
- 2) 受講希望研修課程の医行為に必要な利用者が所属の施設、事業所に複数確保できる
- 3) 利用者（家族）の同意や医師から指導看護師に対し書面による必要な指示が得られる
- 4) 実地研修の指導看護師を確保できる者

4 研修課程

この研修は、平成24年3月30日付け社援発0330第43号厚生労働省社会・援護局長通知で定められた「喀痰吸引等研修実施要綱」に従い実施します。

(1) 第1号研修：基本研修、演習（評価）、筆記試験、実地研修（各行為、評価）

①たんの吸引	口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部	5行為
②経管栄養	胃ろう又は腸ろう、経鼻経管栄養	

(2) 第2号研修：基本研修、演習（評価）、筆記試験、実地研修（各行為 評価）

①たんの吸引	口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部	左の5行為のうち 1～4行為を選択
②経管栄養	胃ろう又は腸ろう、経鼻経管栄養	

※ 胃ろうについては滴下型を標準とします。

実地研修での胃ろうの半固形については、希望研修となります。

※ 研修課程において、介護職員等に許容されている医行為の範囲

- ・ 口腔内・鼻腔内のたんの吸引は、咽頭の手前までを限度とします。
- ・ 胃ろう・腸ろうの状態確認、経鼻経管栄養のチューブの挿入状態の確認は、介護職員等を指導する看護師が行うこととしています。

※ 実地研修コースについては、演習の技能確認を経た上で行います。

5 受講定員：各コース 30 名程度

	研修コース名	対象者
1	基本研修・実地研修コース	初めて受講する介護職員(介護に関する資格を有しない者は除く)
2	実地研修コース	①実務者研修修了者 ②平成 23～平成 31 年度基本研修修了後、実地研修が修了できなかった者(筆記試験不合格者は除く) ③既に認定されている医行為以外の医行為を追加する者。

応募者多数の場合は、受講できない場合や日程の希望に添えない場合があります。

6 研修期間

基本研修・実地研修コース：令和 2 年 8 月 7 日(金)～実地研修修了まで

- (1) 基本研修 (第 1 号研修、第 2 号研修共通)・・・別紙日程表のとおり
講義 50 時間以上、演習 (評価)、筆記試験
- (2) 実地研修 (研修課程に応じて各自必要時間)
各行為所定の回数実施し、指導看護師評価のあと、指導講師による実地評価を行う

実地研修コース：令和 2 年 10 月 9 日(金)～実地研修修了まで

- (1) 演習の技能確認 (評価)
- (2) 技能確認の結果により研修期間を決定
- (3) 実地研修については、**基本研修・実施研修コース**-(2)の実地研修と同様

7 研修会場

- (1) 基本研修：公益社団法人 香川県看護協会 看護研修センター
- (2) 実地研修：受講生が所属する施設や利用者宅

8 受講料等

- (1) 受講料は無料
- (2) テキスト代(2,160 円)及び実地研修を行う介護職員の賠償責任保険料(2,000 円)、
駐車場料金 (600 円/日) については、別途徴収します。

*使用するテキスト：改訂 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト
(一社)全国訪問看護事業協会編集 中央法規出版 2016 年 11 月初版第 4 刷発行

9 修了証明書の交付：研修を修了した者に対し交付します。

10 提出書類

- (1) 施設、事業所の長の研修受講推薦 (様式 1)
- (2) 受講申込書 (様式 2)

11 申込方法と受付期間

・下記の申込先まで、施設及び事業所の長から、提出書類を郵送又は持参してください。
郵送の場合は必ず封筒の表に **喀痰吸引研修申込書在中** と朱書きしてください。

・申込期間は、**基本研修・実地研修コース、実地研修コース**とも、
令和2年6月1日（月）～6月26日（金）（消印有効）です。

受講決定については、令和2年7月13日（月）発送予定で、施設、事業所の長宛に連絡します。

【申込・問合せ先】公益社団法人 香川県看護協会

〒769-0102 香川県高松市国分寺町国分 152-4

TEL : 087-864-9070 Fax : 087-864-9071

12 その他

(1)受講決定後にやむを得ず辞退する場合や日程の変更希望のある場合は、すみやかに、香川県看護協会まで連絡してください。

(2)受講決定者の施設、事業所の長は、受講者が基本研修中に、実地研修に必要な次の書類を提出してください。

- ① 医行為実習対象者（家族）の同意書
- ② 喀痰吸引等研修実地研修実施機関承諾書
- ③ 介護職員等が医行為を実習するにあたり、医師からの指導看護師に対し書面による必要な指示書
- ④ その他、実地研修の指導看護師（予定者）についての書類等必要な書類

※実地研修の指導看護師は、臨床等で実務経験3年以上、指導者講習の修了が条件になっていることを申し添えます。（准看護師は不可）

※指導者講習会については、別途お知らせします。

(3)施設、事業所の長は、本研修への介護職員の推薦にあたっては、施設・在宅どちらにおいても医療関係者との連携の下で安全に実施される喀痰吸引等の提供体制を構築することが求められるため、平成24年3月30日付け社援発0330第43号厚生労働省社会・援護局長通知で定められた「喀痰吸引等実施要綱」に従い体制を整備してください。

(4)新型コロナウイルス感染拡大防止のため、研修を中止すること等がありますので、あらかじめご承知おきください。

(様式1)

年 月 日

公益社団法人 香川県看護協会長 殿

施設及び

事業所名

代表者氏名

職印

令和2年度香川県喀痰吸引等研修事業の受講者の推薦について

標記研修について、関係書類(様式2)を添えて推薦します。

推薦 順位	希 望 コース	氏 名	「2. 実地研修コース」の場合は 該当する番号に○印、() 内に該当番 号
	1		1 実務者研修修了者
	2		2 基本研修修了後、実地研修未修了者
			3 認定行為以外の医行為の追加者 ()
	1		1 実務者研修修了者
	2		2 基本研修修了後、実地研修未修了者
			3 認定行為以外の医行為の追加者 ()
	1		1 実務者研修修了者
	2		2 基本研修修了後、実地研修未修了者
			3 認定行為以外の医行為の追加者 ()
	1		1 実務者研修修了者
	2		2 基本研修修了後、実地研修未修了者
			3 認定行為以外の医行為の追加者 ()

※希望する研修コースを選択してください。

1 : 基本研修・実地研修コース

2 : 実地研修コース

※受講推薦者が複数の場合は、推薦順位を記載してください。

※実地研修コースで3に該当する場合は希望する医行為の番号を()内に記載してください。

①口腔 ②鼻腔 ③気管カニューレ ④胃ろう又は腸ろう(滴下)

⑤経鼻経管 ⑥胃ろう(半固形)

令和2年度香川県喀痰吸引等研修事業受講申込書

香川県喀痰吸引等研修を受講したいので、申し込みます。

令和2年4月1日現在

フリガナ			性別	生年月日																								
氏名			男・女	S・H	年 月 日生 満()歳																							
現住所	(〒 -) 県		市・郡	町																								
希望コース	<input type="checkbox"/> 基本研修・実地研修コース <input type="checkbox"/> 実地研修コース		経験年数	介護職員として通算 年 か月																								
申込者の介護職員等の資格 (該当するものに○印)	() 介護福祉士 () 介護職員基礎研修課程 () 訪問介護員養成研修1級課程 () 訪問介護員養成研修2級課程 () 訪問介護員養成研修3級課程 () 初任者研修 <hr/> <実地研修コース希望者のみご記入ください> () 実務者研修修了 () 基本研修修了後、実地研修未修了 () 認定行為以外の医行為の追加 ※添付： 実務者研修修了者：修了証明書等、履修が確認できるものの写し 基本研修修了後、実地研修未修了者：筆記試験の合格証書の写し 既に認定されている医行為の追加者：「認定特定行為業務従事者認定証」の写し																											
現勤務先	設置主体名	事業所・施設の名称： サービス種別：																										
介護保険事業所、障害福祉施設・事業所 番号 ()																												
介護職の医療的ケアの実施	・実施している ・実施していない(理由：)																											
現勤務先住所	(〒 -) 香川県		市・郡	町																								
	電話 () -	FAX () -																										
実地研修予定場所	<input type="checkbox"/> 勤務先・ <input type="checkbox"/> その他 ()																											
実地研修場所 (原則勤務先) の要件 <u>※①～⑨の要件を満たすこと!</u>	① 実施研修指導講師である医師及び看護職員との連携及び役割による的確な医学管理及び安全管理体制が確保できる。 ② 介護職員の実地研修に対して書面による医師の承認・指示を受けることができる。 ③ 実地研修協力者である利用者本人またはその家族から書面による同意承認が得られる。 ④ 看護師の配置(勤務体制を問わない)又は医療連携ができています。 ⑤ 事故発生時の対応、実地研修協力者の秘密保持等ができる。 ⑥ 施設、事業所の責任者及び職員が実地研修に協力できる。 ⑦ その他、喀痰等研修実施要綱に基づく基準を満たし研修機関の指示に応じられる。 ⑧ 指導者の確保ができる。 ○指導医師又は指導看護師は臨床等で実務経験3年以上有し、吸引や経管栄養の手技の指導が確実にできる者で、介護職員数人につき1人以上確保できる。(准看護師は不可) ○指導看護師予定者は、下記のいずれの者か必ず記入してください。 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%; text-align: center;">看護協会主催 指導者講習会修了者</td> <td style="width:5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width:65%;">(氏名)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>(修了年度)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">令和2年度指導者講習参加希望者</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>(氏名)</td> </tr> </table>					看護協会主催 指導者講習会修了者	<input type="checkbox"/>	(氏名)			(修了年度)	令和2年度指導者講習参加希望者	<input type="checkbox"/>	(氏名)														
看護協会主催 指導者講習会修了者	<input type="checkbox"/>	(氏名)																										
		(修了年度)																										
令和2年度指導者講習参加希望者	<input type="checkbox"/>	(氏名)																										
※該当行為の必要な者で、同意がとれる利用者が必ず、複数人いること。	⑨申込時点で、実施研修予定場所の利用者で、実地研修への協力について同意が得られている者又は同意がとれる見込みの者を記入すること。いない場合は必ず0と記入する。 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width:20%;">たんの吸引の必要な者</td> <td style="width:20%;">口腔内吸引</td> <td style="width:10%;">人</td> <td style="width:20%;">鼻腔内吸引</td> <td style="width:10%;">人</td> </tr> <tr> <td>気管カニューレ内部</td> <td>人</td> <td>人工呼吸器装着</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">経管栄養の必要な者</td> <td>胃ろう又は腸ろう</td> <td>人</td> <td>胃ろうの内訳</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>経鼻経管栄養</td> <td>人</td> <td>滴下型</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>半固形</td> <td>人</td> </tr> </table>					たんの吸引の必要な者	口腔内吸引	人	鼻腔内吸引	人	気管カニューレ内部	人	人工呼吸器装着	人	経管栄養の必要な者	胃ろう又は腸ろう	人	胃ろうの内訳	人	経鼻経管栄養	人	滴下型	人				半固形	人
たんの吸引の必要な者	口腔内吸引	人	鼻腔内吸引	人																								
	気管カニューレ内部	人	人工呼吸器装着	人																								
経管栄養の必要な者	胃ろう又は腸ろう	人	胃ろうの内訳	人																								
	経鼻経管栄養	人	滴下型	人																								
			半固形	人																								

上記のとおり、相違ありません。

年 月 日

施設及び事業所名
代表者氏名

職印